

Conteo Actual De Personas Sin Hogar

PROGRAMA DE VIVIENDA

Enero 2014

Víctimas de Violencia Doméstica y los hogares con una persona con VIH/SIDA: no proporcione su nombre, ni el mes o el día de nacimiento

UNA FORMA POR HOGAR

Nombre de Programa: _____

Refugio de emergencia/Programa de Vale de Motel Programa de Transición de vivienda para personas sin hogar (no es necesario si el cliente ya está en HMIS)

¿Ha estado continuamente sin hogar por un año o más? Si No

¿Cuántos episodios de falta de vivienda han tenido en los últimos tres (3) años? Menos de 4 Por lo menos 4

¿Alguien en su familia es una víctima de violencia doméstica? (Si si, deje en blanco la columna del nombre) Si No

Información del Hogar

(Por favor apunte a cada miembro de su hogar en el espacio abajo. Use formas adicionales si las necesita.)

¿Cuántas personas están en su casa? Adultos: _____ Niños: _____

Última Ciudad permanente _____ Código Postal _____

Discapacidad

Marque todo lo que aplique para cada cliente

Relación al cabeza de familia (si aplica) Esposo(a)/ Pareja/niño /Etc.	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento (Fecha de nacimiento o si se negó, año de nacimiento)	Genero	Raza* (marque todas las que se aplican)	Etnicidad (Hispano (H) o No Hispano (N))	Sobreviviente de Violencia Doméstica (marque si si)	Veterano (si/n) (serbio en las fuerzas armadas)	Discapacidad						
									Abuso Crónico de Sustancia	Discapacidad Física (Permanente)	Discapacidad del Desarrollo	Salud Mental (Sustancial y de largo plazo)	Condición crónica de Salud (Incapacidad Permanente)	VIH/SIDA (No incluya nombres)	
Yo															

*Blanca (B), Negra o africana americana (N), Asiática (A), India Americana o native de Alaska (I), Nativa de Hawaii or otra de las islas del Pacifico (H)

Las circunstancias que causaron su falta de Vivienda (marque todas las que se aplican)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Principalmente Razones Económicas | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancia | <input type="checkbox"/> Nueva Llegada | <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica |
| <input type="checkbox"/> Transitoria en el camino | <input type="checkbox"/> Desplazamiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental |
| <input type="checkbox"/> Crisis Familiar | <input type="checkbox"/> Desalojo | <input type="checkbox"/> No Se |
| <input type="checkbox"/> Juventud fuera de Casa | <input type="checkbox"/> Enfermedad | <input type="checkbox"/> Se Niega a Contestar |

Fuente(s) de los Ingresos del Hogar y Beneficios (marque todas las que se aplican)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Asistencia Publica | <input type="checkbox"/> Cultivo/Otro Trabajo de Agricultura Migrante |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de la Administración de Veteranos | <input type="checkbox"/> Labores y Industrias Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Parientes, Socios o Amigos |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo | <input type="checkbox"/> Trabajo de Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo en un empleo de bajos ingresos | <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Se Niega a Contestar |

Estoy de acuerdo con la inclusión de la información de mi hogar para los propósitos del conteo que se describen en la liberación en la parte posterior de esta forma.

Firma(s) (cada adulto o joven sin acompañante tiene que firmar): _____

Adulto #2 (si aplique): _____

Libерación de la información del Cliente

Conteo Anual en el Punto de Tiempo de HMIS del Estado de Washington

Los datos de este conteo en el punto de tiempo se introduce en el sistema de manejo de información de personas sin hogar del Estado de Washington (HMIS) que colecciona información, a través del tiempo, sobre las características y necesidades de servicio de hombres, mujeres, y niños que atraviesan la falta de vivienda.

Para proporcionar los servicios más efectivos en mudar a personas que están sin hogar a una vivienda permanente, nosotros necesitamos un conteo preciso de todas las personas que atraviesan la falta de vivienda en el Estado de Washington. Para asegurarse de que clientes no sean contados dos veces si los servicios son recibidos por más de una agencia, es necesario coleccionar algunos datos personales. Específicamente, necesitamos: su nombre y la fecha de nacimiento. Su información será almacenada en nuestra base de datos por 7 años.

- Protegeremos esta información con políticas estrictas de seguridad para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computadoras es sumamente seguro y utiliza características de protección que están al día como la encriptación de datos, contraseñas, y verificación de identidades es requerida para cada usuario del sistema. Hay un pequeño riesgo de una brecha de seguridad, y alguien podría obtener y utilizar su información de manera impropia. Si usted sospecha que los datos de HMIS han sido usados de manera impropia, contacte inmediatamente a la Administración de Sistema de HMIS al (360) 725-3028.
- Los datos que usted proporcione serán combinados con datos del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) con el propósito de un análisis adicional. Su nombre y otra información de identificación no se incluirá en ningún reporte o publicación. Solo unos miembros del personal en la división de investigación que han firmado acuerdos de confidencialidad podrán ver esta información.
- Su decisión de participar en el HMIS no afectará la calidad ni la cantidad de los servicios que usted es elegible para recibir de cualquier proveedor de servicios, y no será utilizado para negar alcance, refugio o vivienda. Sin embargo si usted elige participar, los servicios en esta región pueden mejorar si tenemos información precisa sobre las personas que están sin hogar y los servicios que necesitan.

Con la firma de la primera página de esta forma, usted consiente a la inclusión de la información de su hogar en HMIS y autoriza que la información que es coleccionada sea compartida con agencias asociadas. Yo comprendo que mi información personal no se hará pública y solo se utilizará con estricta confidencialidad. También entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Gracias por ayudarnos a mejorar los servicios a las personas que están sin hogar.

INSTRUCTIONS FOR SURVEYORS

All information in the survey is required. Forms will not be used if *location, gender or year of birth* is missing. If someone refuses to answer questions for the survey, please make sure to fill in at least these three fields for them. If you do not know the exact birth year of a household member, guesses are OK.

****Important: DO NOT provide name, birth day, or birth month for households with an individual who is: 1) in a DV agency; 2) currently fleeing or in danger from a domestic violence, dating violence, sexual assault or stalking situation; 3) has HIV/AIDS or 4) anyone you do not have written informed consent from (signature on first page).** ** However, a signature is not needed to collect other information. All homeless households and individuals should have a form filled out.

The purpose of this survey is to help with the planning of providing services and housing to homeless individuals and to identify the types of assistance needed. It is also a requirement to receive funding from HUD and the WA State Dept. of Commerce.

Disabilities: Please make sure to record applicable disabilities for each household member. If a household member has no disabilities please select NONE APPLY. If the disability section is blank we will assume the question wasn't asked or the client refused to answer.

Shelter Programs: Surveys should be collected at a shelter program (emergency, transitional or permanent supportive). Please make sure to write the name of the shelter program and batch them together when submitting to lead PIT agency.

Individuals and families in **Permanent Supportive Housing** programs are not required to fill out a complete survey. However, each agency will be required to submit to Commerce the number of clients staying in their programs on the night of the count. This survey is a great tool for that tally.

Only persons staying in one of the homeless housing programs listed above should complete this form. Unsheltered persons or persons living with family or friends should complete the 2014 *UNSHeltered/LIVING WITH FAMILY OR FRIENDS* form.

Each member of a household should be listed in the Household Information section. **A single person is considered a household** (i.e., "a household consisting of one person"), so **single individuals should complete the Household Information section.**

If you have any questions about how to fill out this survey or how this data will be used, please don't hesitate to call Commerce at (360) 725-3028.